

## 22. Reha-Kolloquium 2013

# Geriatrische Versorgungsstrukturen vs. Zukünftiger Versorgungsbedarf

---

05. März 2013

Mainz

RA Dirk van den Heuvel  
Geschäftsführer  
Bundesverbandes Geriatrie

# Demografische Entwicklung

## Allgegenwärtig und doch „ungeklärt“

„Das Schlagwort „demografische Entwicklung“ ist sowohl gesellschaftspolitisch w.a. gesundheitspolitisch in aller Munde. Keine öffentliche Diskussionsveranstaltung und keine fachpolitische Planung ohne dass auf dieses Schlagwort verwiesen wird.

Für den Bereich der Versorgung geriatrischer Patienten trifft dieser Umstand im besonderen Maße zu. Und ohne Zweifel gehört die demografische Entwicklung unserer Gesellschaft zu einem ganz entscheidenden Faktor, wenn es um die Versorgung dieser Patientengruppe geht.

Leider ist jedoch festzustellen, dass es viel zu oft bei einer schlagwortartigen Erörterung der Thematik bleibt. Hierfür sind neben der Komplexität der Thematik und fehlenden Sachkenntnis der Materie ... verantwortlich. Begünstigt wird diese Entwicklung durch eine äußerst unzureichende Datenlage im Bereich der geriatrischen Versorgung.“

(Quelle: Vorwort „Weißbuch Geriatrie“)



# Geriatric

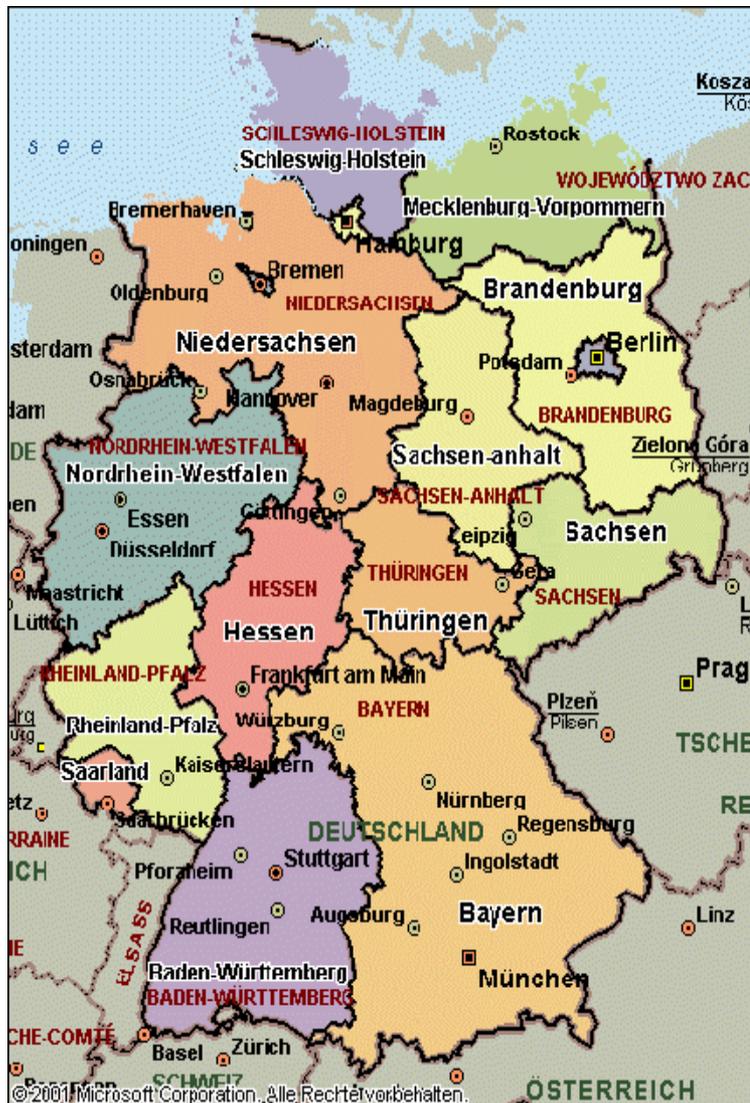
## Versorgungsansatz

→ geriatritypische Kennzeichen: höhere Lebensalter (> 70 Jahre), Multimorbidität

→ geriatrischer Behandlungsansatz: umfassend und ganzheitlich



# Versorgungsstrukturen derzeitige Rahmenbedingungen in Deutschland



→ Es gibt in Deutschland kein einheitliches System der geriatrischen Versorgung

→ (fast) kein Bundesland gleicht konzeptionell dem anderen!

→ Frühreha (§ 109 SGB V)  
+ Reha (§ 111 SGB V)

→ Warum?

### Zwei Formen:

- Frühreha: geriatrische(s) Krankenhaus(abteilung) (§109 SGB V) und
- Reha: geriatrische Reha-Einrichtungen (§111 SGB V)

→ starke Abhängigkeit von politischen Konzeptfestlegungen

→ es bestehen gewachsene Strukturen

→ zwei eigene „Rechtskreise“: Vergütung, Zugang, Qualitätssicherung, usw.

### **vollstationär, teilstationär und ambulant/mobile geriatrische Reha**

→ nicht jedes Land nutzt alle Versorgungszweige

→ z.T. besteht kein einheitliches Verständnis (z.B. Tagesklinik)

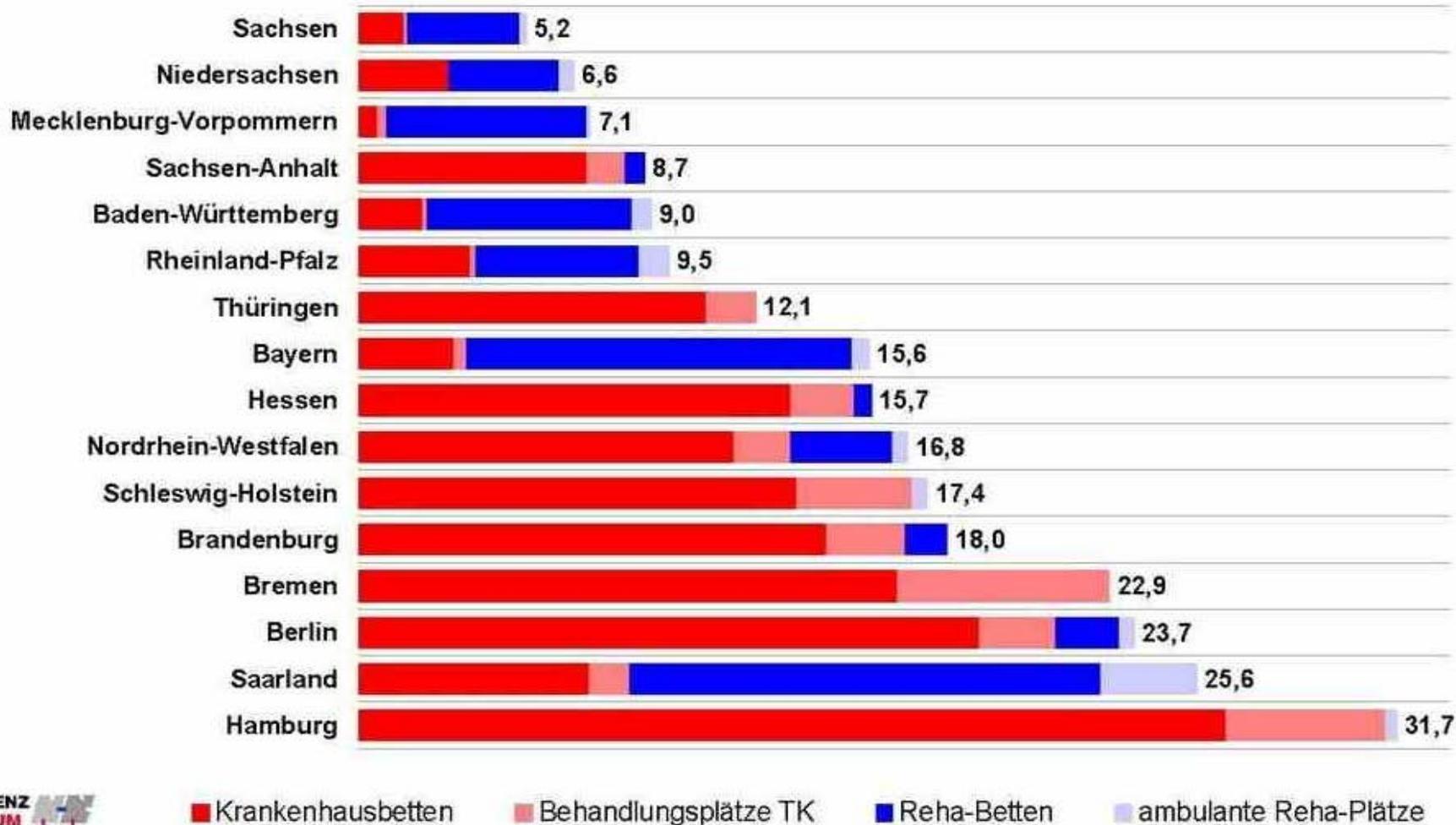
### **Unterschiedliche Anforderungen**

→ Umsetzung einer wohnortnahen Versorgung (auch „in der Fläche“)

→ Flächenländern / Stadtstaaten

# Versorgungsstrukturen

## Übersicht Bundesländer



Je 10.000 Einwohner über 65 Jahre (Quelle: KCG, Hamburg, Stand 2011)

05. März 2013  
Mainz

# Versorgungsbedarf

## Prognose – Demografische Entwicklung

Grundlage: Bevölkerungsprognose Destatis bei gleichbleibender geriatrischer Krankenhaus- / Reha Häufigkeit 2007 der verschiedenen Altersgruppen

### Krankenhaus

Altersgruppen	geriatrische KH- Häufigkeit 2007	Anzahl Patienten in geriatrischen Fachabteilungen			Entwicklung 2007- 2020
		2007	2014	2020	
<b>unter 65 J.</b>	0,02%	14.989	14.595	14.025	-964
<b>65-75 J.</b>	0,36%	34.558	31.091	33.090	-1.467
<b>75-80 J.</b>	1,26%	38.281	51.376	44.100	5.819
<b>über 80 J.</b>	3,17%	123.443	146.747	187.989	64.547
<b>Gesamt</b>	<b>0,26%</b>	<b>211.270</b>	<b>243.809</b>	<b>279.204</b>	<b>67.934</b>

### Rehabilitation

Altersgruppen	geriatrische Reha- Häufigkeit 2007	Anzahl Patienten in geriatrischen Rehabilitation			Entwicklung 2007- 2020
		2007	2014	2020	
<b>unter 65 J.</b>	0,005%	3.123	3.041	2.922	-201
<b>65-75 J.</b>	0,168%	16.070	14.458	15.388	-682
<b>75-80 J.</b>	0,640%	19.497	26.167	22.461	2.964
<b>über 80 J.</b>	1,285%	49.954	59.385	76.074	26.120
<b>Gesamt</b>	<b>0,11%</b>	<b>88.644</b>	<b>103.050</b>	<b>116.845</b>	<b>28.201</b>

### Zwischenfazit:

**Allein demografiebedingt deutlich steigende Fallzahlen unter Annahme gleichbleibender KH-/Reha Häufigkeit bis 2020 → +32%**

(geriatrische KH-/Reha Häufigkeit in der Realität höher - stat. Verwerfungen!)

# Versorgungsbedarf

## (Status Quo in anderen Fachgebieten)

---

- **These:**

- Es gibt Patienten mit geriatrischem Behandlungsbedarf, die aktuell in anderen Fachgebieten nicht vollumfänglich erkannt und behandelt werden.

- **Vorgehen zur Identifikation dieser Patienten**

- geriatrische Instrumente zur Identifikation wie der Barthel-Index kommen grundsätzlich in anderen Fachdisziplinen nicht zum Einsatz
- Merkmale geriatrischer Patienten sind das Alter und die Multimorbidität
- daraus entwickelte Suchkriterien:
  - Alter > 70 Jahre,
  - $\geq 8$  bzw. 10 geriatritypische Nebendiagnosen

- **Abschätzung des geriatrischen Versorgungsbedarfs**

- Annahme 25% bzw. 10% dieser so ermittelten Fälle weisen tatsächlichen geriatrischen Behandlungsbedarf auf

# Versorgungsbedarf

## Status Quo in anderen Fachgebieten

Geriatritypisches Profil Akutkrankenhäuser Patienten >70 J.	>= 10 ND	Fallzahlen 2007	Fallzahl geriatrisches Profil	Szenario 1 (25%)	Szenario 2 (10%)
Allgemeine Chirurgie	10%	2.508.083	248.866	62.217	24.887
Augenheilkunde	0%	334.142	895	224	89
Dermatologie	1%	176.099	2.083	521	208
Innere Medizin	14%	6.474.457	915.284	228.821	91.528
Neurochirurgie	7%	220.029	16.410	4.102	1.641
Neurologie	19%	726.485	135.701	33.925	13.570
Orthopädie/Unfallchirurgie	6%	1.566.100	91.788	22.947	9.179
Urologie	3%	713.272	23.006	5.751	2.301
<b>Gesamt</b>				<b>387.511</b>	<b>155.004</b>

- Deutliche Ergebnisse selbst beim „vorsichtigen“ 10%-Szenario
  - 155.000 zusätzliche Fälle im Krankenhausbereich (Fallzahlsteigerung um 70% ggü. 2007)
  - 18.000 zusätzliche Fälle im Rehabilitationsbereich

### Zwischenfazit:

- die derzeitige Inanspruchnahme geriatrischer Einrichtungen bildet nur einen Teil des tatsächlichen Versorgungsbedarfs ab.
- ein nicht unerheblicher Anteil der Patienten mit geriatrischem Versorgungsbedarf hat keinen Zugang zu entsprechenden geriatrischen Versorgungsstrukturen.
- es besteht eine tatsächliche geriatrisch-fachspezifische Unterversorgung.

# Versorgungsbedarf (Prognose – andere Fachdisziplinen)

Zusätzlicher Kapazitätenbedarf andere FA 2007	Krankenhaus	Rehabilitation	Geriatric Gesamt
Zusätzl. Fälle 2007	155.000	18.000	173.000
VWD (prognostisch)	15,5	21,4	
Pflegetage	2.403.027	385.776	2.788.803

Zusätzlicher Kapazitätenbedarf andere FA 2020	Krankenhaus	Rehabilitation	Geriatric Gesamt
Zusätzl. Fälle 2020	204.600	23.760	228.360
VWD (prognostisch)	15,5	21,4	
Pflegetage	3.171.996	509.224	3.681.220

Einbeziehung der Patienten anderer Fachgebiete mit geriatrischem Bedarf:

Konservative Ermittlung, d.h. nur 10% der ermittelte Fälle werden berücksichtigt

(„10%-Szenario“)

- im Status Quo nicht als geriatrische Fälle gezählt
- Berücksichtigung des demografischen Effektes (bei gleicher KH-/Rehahäufigkeit)

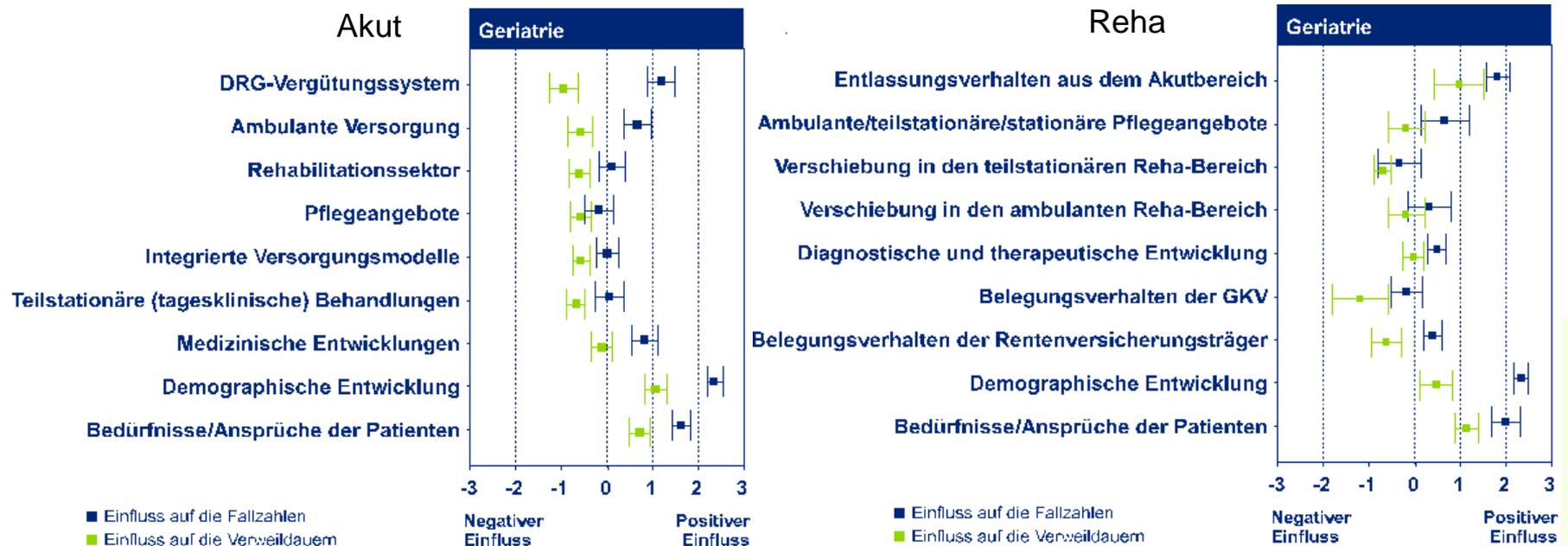
## Zwischenfazit:

Zusätzliche Fälle 2020 im Vergleich zu 2007: + 228.000 Fälle

# Versorgungsbedarf

## Prognose – Entwicklung des Fachgebietes

Expertenmeinungen zur Entwicklung der Geriatrie (GEBERA- Befragung 2009)



- Weitere fallzahlsteigernde Effekte zukünftig zu erwarten!
- Expertenbefragung bestätigt die vorgenannten Untersuchungen

(Rechnerisch wurde die Expertenbefragung im „Weißbuch Geriatrie“ nicht weiter berücksichtigt, sondern die Berechnungen als Grundlage der Analyse herangezogen)

# Versorgungsbedarf

## Prognose – Fazit

Veranschaulichung: Übertrag des zukünftigen geriatrischen Bedarfs in Bettenkapazitäten

Zusätzlicher Kapazitätenbedarf 2020	Krankenhaus	Rehabilitation	Geriatric Gesamt
Demografischer Effekt	3.205	1.837	5.043
Geriatrische Pat. anderer FA	9.654	1.548	11.202
Gesamt	12.859	3.385	16.244

### Zum Vergleich:

**Betten/Platzbestand (2007)**

**Bund (KH/ Reha): 11.467/8.031**

- Deutliche Zunahme des Bedarfs an geriatrischen Versorgungsstrukturen
  - unstrittig: Demografie
  - deutlicher Bedarf in anderen Fachabteilungen
  - die auf vorsichtigen Schätzungen basierenden Berechnungen zeigen die Untergrenze des zukünftigen Bedarfs!
- Unverzögliche Planungen zum Ausbau der geriatrischen Kapazitäten im Hinblick auf die demografische Entwicklung und die derzeitige Situation der Unterversorgung notwendig!
- bessere Identifikation des geriatrischen Behandlungsbedarfs in allen medizinischen Disziplinen durch den Einsatz geeigneter Screening-Instrumente und im Bedarfsfall geriatrische Behandlungsplanung notwendig
- Ausbau der sektorenübergreifenden geriatrischen Versorgung

### Geriatrie

- ist interdisziplinär angelegt
  - beruht auf einem multiprofessionellen Team
  - setzt als Frühreha im Krankenhausbereich ein, ist Rehabereich und Teil der ambulanten Versorgung (auch „niedergelassener Bereich“)
  - bedarf einer angepassten Nach- bzw. Weiterversorgung (strukturell und sektorübergreifend)
  - bewegt sich versorgungspolitisch zwischen GKV und Pflegeversicherung
- Geriatrie „arbeitet“ im direkten Bereich der Sektorengrenzen
- Budgetgrenzen kommen besonders zum Tragen
- „Versorgungsansatz / -konzept“ bildet Kontrast zum Aufbau der allgemeinen Versorgungsstrukturen

Wie kann man, ...

... ein stark sektoriertes Gesundheitssystem ...

... mit unflexiblen Budgetgrenzen ...

... und föderalen geriatrischen Versorgungskonzepten und Strukturen ...

... mit regionalen Gewichtungen ...

zu einem „Grundkonzept“ zusammen führen?



- ohne bestehende und funktionierende Versorgungsstrukturen zu gefährden,
- gleichzeitig jedoch Vernetzung und Interdisziplinarität fördern und
- Raum für Weiterentwicklungen schaffen
  
- und dabei den Patienten mit seinem individuellen, fachspezifischen Rehabilitationsbedarf nicht nur nicht aus dem Auge verlieren, sondern in den Mittelpunkt der Versorgung stellen?

---

**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!**